

# 訪問医療マッサージ利用申込書

令和 年 月 日

〒

住 所

電話番号 ( ) -

生年月日 年 月 日 ( 歳)

氏 名

印

医師の同意のもと、医療保険による訪問医療マッサージを受ける  
ことを希望いたします。

また、主治医に同意書を依頼する手続きを、もみのきに委任いた  
します。

**もみのき**